

O que há de novo? Surdez súbita

Roberto Angeli – professor de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil (Ulbra), de Canoas, Rio Grande do Sul; membro da Comissão de Educação Médica Continuada da ABORL-CCF.

A surdez súbita ainda é, em pleno século XXI, um desafio diagnóstico e terapêutico. Apesar de uma prevalência relativamente baixa quando comparada a outras doenças otorrinolaringológicas, entre 5 e 20 casos/ano por 100.000 pessoas, carrega sempre uma intensa carga emocional. O receio de uma disacusia permanente e incapacitante por parte tanto do paciente como do médico assistente pode levar à adoção de medidas diagnósticas desnecessárias ou manobras terapêuticas inócuas ou com efeitos colaterais importantes.

A surdez súbita é definida como a hipoacusia neurosensorial de instalação abrupta ou rapidamente progressiva (ou a piora de uma hipoacusia pré-existente), sendo geralmente unilateral. O critério diagnóstico audiométrico mais empregado é a diminuição dos limiares ósseos de intensidade igual ou maior que 30dBNA, afetando, pelo menos, três frequências consecutivas e que se instala dentro de um período inferior a 72 horas. Na ausência de avaliação auditiva prévia, o que é a situação mais frequente, são considerados os limiares auditivos contralaterais.

A partir de dados clínicos minuciosamente coletados, é possível identificar uma causa subjacente em cerca de 20% dos casos de surdez súbita, nos quais a disacusia pode ser a manifestação única ou associada a outros sinais ou sintomas. Entre essas causas, encontram-se infecções bacterianas (meningite, sífilis) e virais (caxumba, varicela zoster), inflamatórias (sarcoidose, granulomatose de Wegener), tumorais, traumáticas, vasculares (estados de hipercoagulabilidade) e tóxicas (uso de aminoglicosídeos). A hidropsia endolinfática também é uma possibilidade diagnóstica relevante. Na maioria dos casos, entretanto, nenhuma causa é identificada e a surdez é definida como idiopática. Nesses casos, supõe-se que causas subclínicas virais, autoimunes ou microcirculatórias estejam na gênese do problema. A maioria dos ensaios clínicos têm como foco esses casos idiopáticos, uma vez que naqueles primeiros o tratamento deve ser dirigido à causa primária. Convém alertar que uma parcela significativa de pacientes inicialmente diagnosticados como idiopáticos pode, durante a evolução clínica, demonstrar a presença de uma causa primária.

Mesmo em casos nos quais não se identifica uma causa, a maioria das séries relata uma alta taxa de resolução espontânea, que pode atingir 65%. São fatores de pior prognóstico a idade avançada e maior tempo decorrido entre a instalação do sintoma e o início do tratamento. Perdas mais leves e curvas audiométricas ascendentes, por sua vez, apresentam melhor prognóstico¹.

A opinião praticamente unânime é que, apesar das altas taxas de resolução, alguma forma de tratamento deva ser precocemente oferecida a esses pacientes. Entre essas medidas, estão descritas a corticoterapia oral ou intratimpânica, os antivirais, os trombolíticos, os vasodilatadores e a oxigenoterapia hiperbárica, entre outras.

O objetivo deste artigo é revisar a literatura recente a respeito da surdez súbita idiopática, com ênfase nas medidas terapêuticas.

Manejo diagnóstico

O último consenso publicado pela Academia Americana de Otorrinolaringologia (AAO-HNS) sobre o tema, em 2012, procura estabelecer conceitos claros baseados em evidências da literatura². O *screening* laboratorial indiscriminado é contraindicado, uma vez que onera o sistema de saúde, gera estresse ao paciente e está sujeito a resultados falso-positivos que prejudicam a decisão terapêutica. Casos onde a história clínica seja sugestiva de uma causa primária, entretanto, devem ser investigados de forma mais dirigida. A avaliação retrococlear é recomendada, uma vez que uma parcela importante de pacientes com schwannoma vestibular (10% a 20%) pode apresentar-se com surdez súbita em algum momento da sua evolução. A ressonância magnética é o exame de escolha neste caso. Já em relação à tomografia computadorizada, recomenda-se que não seja utilizada, uma vez que não oferece informações importantes (exceto em pacientes com sinais neurológicos focais, história de trauma ou otite média crônica).

Manejo terapêutico

A corticoterapia oral ainda é o tratamento mais preconizado nos casos de surdez súbita. Entretanto, uma recente e criteriosa revisão sistemática identificou resultados divergentes entre os poucos ensaios clínicos disponíveis com delineamento adequado, com apenas 1 entre 3 estudos mostrando desfecho melhor no grupo tratado (61% contra 32%)³. O consenso da AAO-HNS orienta o uso de corticoterapia oral como

opção terapêutica, mas reconhece a fraca evidência científica disponível na literatura atual. Uma vez que se opte pela corticoterapia, esta deve ser utilizada o mais precocemente possível, na dose de 1 mg/kg/dia de prednisolona (dose máxima de 60 mg/dia) por 7 a 14 dias, com redução gradual pelo mesmo período. A corticoterapia intratimpânica (IT) pode ser empregada como alternativa ao tratamento oral precoce⁴. Essa forma de tratamento utiliza a permeabilidade seletiva da janela redonda para a difusão da medicação à orelha interna. Os resultados observados demonstram-se comparáveis àqueles obtidos pela corticoterapia oral, sendo uma opção a pacientes não elegíveis ao tratamento sistêmico. No estudo de Labatut *et al.* foi empregada a dose IT de 18mg de prednisolona, duas vezes por semana, por duas semanas⁵. Nesse trabalho foram avaliados 35 pacientes, sendo observado um sucesso terapêutico entre 66% e 85% dos casos (o que dependeu do critério empregado). Convém salientar, entretanto, que a ausência de um grupo-controle não permitiu a avaliação isolada do impacto da intervenção. Em outro estudo, Koltsidopoulos *et al.* avaliaram o benefício da adição de corticosteroide IT à administração oral (ou seja, os tratamentos foram concomitantes); o grupo tratado recebeu três doses de dexametasona, dentro de um período máximo de cinco dias, e os desfechos foram superiores ao grupo que recebeu apenas tratamento oral (67% contra 52% de sucesso após três meses de acompanhamento)⁶.

A efetividade da corticoterapia IT de resgate (*salvage therapy*), ou seja, quando a terapia oral convencional não apresenta resultados satisfatórios, também tem sido motivo de investigação. Os delineamentos dos estudos diferem substancialmente entre si tanto em relação ao momento da intervenção como na dose empregada, impossibilitando uma adequada comparação entre os resultados⁷. Mesmo assim, desfechos favoráveis têm sido observados em praticamente todos os trabalhos recentes através tanto da punção simples da membrana timpânica como pela confecção de um retalho tímpanomeatal e a administração direta do corticoide na janela redonda através de um carreador contendo dexametasona⁸. O consenso da AAO-HNS recomenda o uso da corticoterapia IT nas duas circunstâncias: tanto em casos precoces, de modo alternativo à terapia oral, como em casos de resgate, quando o tratamento oral inicial não apresenta evolução favorável.

O uso de antivirais baseia-se na suposição dessa causa específica nos casos idiopáticos de surdez súbita. Apesar de frequentemente prescritos, ainda não existem evidências que justifiquem seu uso nestes casos. Tanto ensaios clínicos como revisões sistemáticas não observam nenhum benefício adicional quando antivirais eram associados à corticoterapia^{9,10}. Já o consenso da AAO-HNS contraindica não apenas o uso de antivirais, mas também o de outros fármacos como trombolíticos, vasodilatadores, antioxidantes e substâncias vasoativas, uma vez que as evidências não mostram efetividade e estão associados a potenciais efeitos colaterais.

A terapia hiperbárica apresenta interessantes efeitos fisiológicos, a partir de um aumento significativo da pressão de oxigênio que atinge os tecidos. Revisões sistemáticas têm indicado sua utilização precoce (em até duas semanas) em casos de SS idiopática, uma vez que demonstra benefício adicional quando empregada simultaneamente à corticoterapia oral^{11,12}. Segundo a AAO-HNS, seu emprego, apesar do alto custo e da possibilidade de efeitos colaterais (barotrauma, principalmente), é uma opção com evidências razoáveis de eficácia. Entretanto, o efeito concomitante das cointervenções pode dificultar o real impacto dessa modalidade de tratamento.

A timpanotomia exploradora com vedação da janela redonda tem sido sugerida como uma medida terapêutica em casos com má evolução. Loader *et al.* estudaram a evolução de 25 pacientes com surdez súbita idiopática nos quais empregou fásia embebida em triancinolona no nicho ósseo da janela¹³. Apesar dos desfechos observados favoráveis (em pacientes jovens, principalmente), não fica evidente se o efeito é secundário à vedação ou à presença do glicocorticoide. Já Hoch *et al.* estudaram os desfechos de 51 pacientes com perda severa (com pelo menos 60dB de perda em cinco frequências) e não concluem que haja efetividade da vedação da janela redonda com tecido conjuntivo (sem a aplicação concomitante de glicocorticoide descrita no estudo anterior); este método, segundo os autores, deve ser empregado quando a presença de fistula perilinfática é uma possibilidade concreta e não se observa evolução favorável com o tratamento conservador¹⁴. Convém salientar que o consenso da AAO-HNS não menciona essa modalidade terapêutica, mas o público alvo não incluía otologistas, mas, sim, clínicos.

No último mês de junho, durante o Congresso Europeu de Otorrinolaringologia, em Praga, na República Tcheca, Plaza e Filipo divulgaram as bases de um futuro Consenso Europeu sobre a surdez súbita idiopática¹⁵. Os princípios do manejo diagnóstico não diferem substancialmente daqueles descritos pela AAO-HNS. Em relação ao tratamento, a corticoterapia precoce persiste como o manejo terapêutico de eleição, sendo que as demais medidas farmacológicas (antivirais e trombolíticos, entre outras) são consideradas inócuas e contraindicadas. Os recentes resultados favoráveis obtidos por esses autores em relação à corticoterapia IT, entretanto, indicam que essa forma de administração pode ser considerada não apenas como alternativa à modalidade oral, mas como a rota de eleição em **todos** os casos¹⁶⁻¹⁸, principalmente em indivíduos acima de 65 anos. Em um trabalho recente desses autores, os desfechos observados no grupo submetido à administração oral de prednisona foram comparados àqueles obtidos

no grupo submetido à injeção IT de prednisolona na concentração de 62mg/ml por três dias consecutivos (1 aplicação/dia), observando-se desfechos auditivos mais favoráveis nesse segundo grupo¹⁹. Além disso, casos severos, com perdas iguais ou maiores do que 70dbNA ou mesmo perdas súbitas que ocorram em uma orelha única devem receber corticoterapia IT concomitante à corticoterapia endovenosa no ambiente hospitalar.

Considerações finais

O impacto das diferentes modalidades de tratamento para a surdez súbita idiopática tem sido fonte de investigação ao longo dos anos. Recentemente, revisões sistemáticas têm sido publicadas cobrindo praticamente todas as possibilidades terapêuticas. Mesmo os tratamentos recomendados por esses autores recebem um posicionamento crítico, uma vez que a maioria dos estudos analisados apresentam falhas metodológicas, amostras insatisfatórias ou desfechos inconsistentes. Além disso, a alta taxa de resolução espontânea dificulta a análise isolada das intervenções.

O uso de corticoide oral precoce persiste como a medida clínica mais indicada em casos de surdez súbita idiopática. A administração intratimpânica, por sua vez, tem demonstrado ser uma alternativa promissora nesses casos, assim como em situações de resgate onde não se observe evolução satisfatória. Os resultados mais recentes têm-na colocado na posição de protagonismo dentre as medidas terapêuticas. A terapia hiperbárica, apesar do alto custo, pode ser uma possibilidade em casos onde a câmara esteja disponível. Demais intervenções, apesar de preconizadas por alguns autores, ainda carecem de comprovação de eficácia.

Referências

1. Magnano M, Orione M, Boffano P, Machetta G. Sudden hearing loss: a study of prognostic factors for hearing recovery. *J. Craniofac. Surg.* 2015;26:279-82.
2. Stachler RJ, Chandrasekhar SS, Archer SM et al. Clinical practice guideline: Sudden hearing loss. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;146(3 Suppl):S1-35.
3. Wei BP, Stathopoulos D, O'Leary S. Steroids for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013;7:CD003998.
4. Spear SA, Schwartz SR. Intratympanic steroids for sudden sensorineural hearing loss: a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145:534-43.
5. Labatut T, Daza MJ, Alonso A. Intratympanic steroids as primary initial treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. The Hospital Universitario Ramón y Cajal experience and review of the literature. *Eur. Arch. Otorhinolaryngol.* 2013;270:2823-32.
6. Koltsidopoulos P, Bibas A, Sismanis A, Tzonou A, Seggas I. Intratympanic and steroids for sudden hearing loss. *Otol. Neurotol.* 2013;34:771-6.
7. Seggas I, Koltsidopoulos P, Bibas A, Tzonou A, Sismanis A. Intratympanic steroid therapy for sudden hearing loss: a review of the literature. *Otol. Neurotol.* 2011;32:29-35.
8. Plontke SK, Glien A, Rahne T, Mäder K, Salt AN. Controlled released dexamethasone implants in the round window niche for salvage treatment of idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Otol. Neurotol.* 2014;35:1168-71.
9. Awad Z, Huins C, Pothier DD. Antivirals for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012;8:CD006987.
10. Övet G, Alatas N, Kocacan FN et al. Sudden sensorineural hearing loss: is antiviral treatment really necessary? *Am. J. Otolaryngol.* 2015 (in press).
11. Bennett MH, Kertesz T, Perleth M, Yeung P, Lehm JP. Hyperbaric oxygen for idiopathic sudden sensorineural hearing loss and tinnitus. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012
12. Murphy-Lavoie H, Piper S, Moon RE, Legros T. Hyperbaric oxygen therapy for idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Undersea Hyperb. Med.* 2012;39:777-92.
13. Loader B, Atteneder C, Kaider A, Franz P. Tympanotomy with sealing of the round window as surgical salvage option in sudden sensorineural hearing loss. *Acta Otolaryngol.* 2013;133:1285-91.
14. Hoch S, Vormhof T, Teymoortash A. Clitical evaluation of round window membrane sealing in the treatment of idiopathic sudden unilateral hearing loss. *Clin. Exp. Otorhinolaryngol.* 2015;8:20-5.
15. Plaza G, Filipo R. Current diagnosis and treatment of sudden sensorineural hearing loss: towards a european consesnus. Presented at the 3rd Congress of European ORL-HNS, June 7-11, 2015, Prague, Czech Republic.
16. Filipo R, Attanasio G, Russo FY, Viccaro M, Mancini P, Covelli E. Intratympanic steroid therapy in moderate sudden hearing loss: a randomized, triple-blind, placebo-controlled trial. *Laryngoscope.* 2013;123:774-8.

17. Filippo R, Covelli E, Balsamo G, Attanasio G. Intratympanic prednisolone therapy for sudden sensorineural hearing loss: a new protocol. *Acta Otolaryngol.* 2010;130:1209-13.
18. Filippo R, Attanasio G, Cagnoni L et al. Long-term results of intratympanic prednisolone injection in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss. *Acta Otolaryngol.* 2013;133:900-4.
19. Filippo R, Attanasio G, Russo FY et al. Oral versus short-term intratympanic prednisolone therapy for idiopathic sudden hearing loss. *Audiol. Neurotol.* 2014;19:225-33.